

## MISE AU TRAVAIL – REMUNERER EVOLUTION DES BAREMES SECTORIELS POUR LES SERVICES DE PROMOTION DE LA SANTÉ À L'ÉCOLE (PSE)

- **EN BREF**

Durant de nombreuses années, comme beaucoup de « petits » secteurs de la commission paritaire 305, les Centres d'inspection médicale scolaire et plus tard les Services de promotion de la santé à l'école ont vécu sans barèmes spécifiques fixés en commission paritaire. Ces secteurs voyaient coexister des barèmes minima et des barèmes subsidiabiles.

L'accord de juin 2000 pour le secteur non-marchand relevant de la compétence de la Communauté française va amener à fixer de nouveaux barèmes, qui tendent vers les barèmes correspondant de la commission paritaire 305 (secteur des hôpitaux privé), considérés comme barèmes de référence.

Cette harmonisation se concrétisera en plusieurs phases successives et selon un rythme propre à chaque secteur communautaire.

- **PLAN**

Avant 2000 : une double référence

L'accord non-marchand de juin 2000 : un tournant

Les étapes successives de concrétisation

- 2001 - 2002
- 2003
- 2004
- 2005
- 2006 à 2009

Références légales



Outils, formulaires et documents



## • AVANT 2000 : UNE DOUBLE RÉFÉRENCE

Dans le cadre IMS, l'administration considère 2 catégories de travailleurs :

- les 1<sup>ères</sup> aides ouvrent le droit à une subvention-traitement identifiée, infirmier/ères graduées ou spécialisé(e)s. Le barème maximum subsidiable est un barème « historique », issu de la fonction publique fédérale – secteur santé.
- les 2<sup>èmes</sup> aides sont financées par un forfait à l'acte.

Dans le cadre paritaire, le secteur ne dispose pas de convention collective propre et relève donc d'une convention « résiduaire » de 1993. Les barèmes que fixe cette convention sont assez bas : ils n'ont pas suivi l'évolution générale des secteurs de la santé.

Durant cette période, les barèmes du secteur se situent entre

- d'une part les minimums légaux fixés par la CCT de 1993, signée en Commission paritaire 305.02
- et d'autre part les barèmes dits IMS I et II, issus de la fonction publique fédérale secteur santé, et correspondant au maximum subsidiable.

Pour le calcul de la subvention-traitement, il faut toutefois noter que l'ancienneté est calculée sur base de l'ancienneté de la fonction publique, c'est-à-dire que l'ancienneté appliquée aux travailleurs à temps partiel se trouve limitée (*un travailleur à mi-temps acquiert ainsi son ancienneté deux fois moins vite qu'un travailleur à temps plein*). Or les emplois à temps partiel sont extrêmement nombreux dans le secteur.

## • L'ACCORD NON-MARCHAND DE JUIN 2000 : UN TOURNANT

En juin 2000, un accord cadre pour les secteurs non marchands en Communauté française est signé pour la période 2000-2005. Cet accord tripartite (Gouvernement, travailleurs, employeurs) vise entre autres une harmonisation des barèmes sectoriels :

- avec comme point de référence minimum les barèmes correspondants de la fonction publique communautaire (RGB) ;
- et, pour les secteurs socio-sanitaires, en tendant vers les barèmes correspondants de la Commission paritaire 305.01 (hôpitaux privés), qui constituent l'objectif de référence.

Des moyens sont prévus pour les différents secteurs sur base d'un premier cadastre de l'emploi et d'une évaluation des écarts à couvrir. Ces deux données sont plus ou moins fiables selon les secteurs.

Aussi l'objectif est-il défini de manière large. De plus, il est d'ores et déjà prévu que la mise en œuvre de l'accord sera évaluée en 2003, et que les objectifs et les moyens octroyés seront renégociés, compte tenu de moyens nouveaux dont disposerait la Communauté française du fait de son refinancement alors annoncé. Il convient en effet de souligner que l'accord non marchand communautaire se fixe des objectifs moins ambitieux et précis que les accords conclus aux autres niveaux de pouvoir.

Les discussions sectorielles s'entament dans de nombreux secteurs dès 2001 avec des concrétisations plus ou moins rapides et importantes. Très vite les partenaires sociaux constatent de nombreux manques que l'on pressentait: moyens insuffisants pour atteindre l'objectif, nombreux travailleurs qui échappent aux revalorisations faute de financement adéquat (PRC, fonds propres,...), etc.

## • **LES ÉTAPES SUCCESSIVES DE CONCRÉTISATION**

### **2001 – 2002** - réforme sectorielle et cadastre

Pour le secteur, ces années sont aussi la période de transformation de l'IMS en PSE, puisque le décret relatif à la promotion de la santé à l'école est voté le 20 décembre 2001 et qu'il entrera en vigueur en septembre 2002.

La mise en œuvre de l'accord cadre pour le secteur non-marchand n'est dès lors pas vraiment une priorité. La concrétisation de la réforme sectorielle passe en premier et absorbe toutes les énergies.

Ce changement de législation a par ailleurs un impact direct sur la mise en œuvre de l'accord. Il n'y a plus désormais de 1<sup>ère</sup> aide et de 2<sup>ème</sup> aide. Il n'y a plus de subvention-traitement ni de forfait à l'acte. Les activités sont financées via un forfait par élève sous tutelle. Ces modifications changent dès lors la perception des besoins.

Un premier cadastre précis de l'emploi est alors dressé : il révèle la diversité des situations en matière de barèmes, mais aussi de valorisation de l'ancienneté ou d'autres avantages. Il demandera à être réitéré.

### **2003** - une prime unique, en attendant une solution structurelle

*Moyens disponibles 4.000.000 de FB soit ± 100.000 €*

Conscients du besoin d'affecter les faibles moyens disponibles pour éviter de les perdre, les partenaires sociaux sont toutefois dans l'impossibilité de trouver, dans les délais, une solution pleinement satisfaisante. Ils conviennent donc d'une solution pour cette seule année 2003, qui n'hypothèque pas l'avenir : une prime unique pour les travailleurs dont la rémunération se situe en dessous d'un plafond, fixé en comparaison avec les barèmes acquis dans d'autres secteurs. Le Cabinet de la Ministre, cosignataire de l'accord, effectue les calculs voulus, informe chaque employeur du montant à octroyer aux travailleurs concernés. Il informe également chaque travailleur concerné du montant qu'il va recevoir.

Aucun changement barémique structurel n'intervient. Les services continuent à vivre avec la double référence historique.

## **2004** - 1<sup>ère</sup> année de revalorisation barémique

*Moyens disponibles : 6.000.000 FB soit +/- 149.000 €*

Les moyens disponibles ne permettent pas encore de répondre à tous les objectifs de revalorisation et d'équité entre travailleurs comme entre employeurs.

Il est alors proposé de déterminer de nouveaux barèmes couvrant un certain pourcentage de l'écart entre les barèmes de la CP 305.02 et les barèmes de référence 305.01.

Sur la base du cadastre, deux montants sont calculés :

- le coût de la couverture de l'écart entre les barèmes *minima* de la CP 305.02 et les barèmes de destination 305.01 ;
- le coût de la couverture de l'écart entre les barèmes *effectivement payés* et les barèmes de destination 305.01.

Ces montants permettent d'évaluer jusqu'à quelle hauteur il est possible de porter les revalorisations barémiques pour tous, compte tenu des moyens octroyés à cette fin. Un équilibre est également recherché entre la solidarité entre employeurs d'une part, et la prise en compte des efforts de valorisation barémique déjà réalisés d'autre part.

Sur cette base, il est possible de couvrir 60 % de l'écart entre les barèmes minima 305.02 et les barèmes correspondant de la CP 305.01. Pour arriver à cet objectif, les moyens sont répartis

- pour une part (65 %), au prorata du nombre des élèves ;
- et pour une autre part (35 %), au prorata des besoins réels pour financer les revalorisations (écart entre les barèmes payés et les barèmes à payer désormais).

Toute revalorisation doit être totalement couverte ; et tous les moyens doivent être affectés à des revalorisations. Certains services ont donc la possibilité - voire l'obligation, pour certains- d'aller plus loin dans les revalorisations.

L'ancienneté barémique est par ailleurs adaptée. Elle est ainsi mise en conformité, à partir de la date d'application de l'accord :

- avec la convention sectorielle du 1<sup>er</sup> juillet 1975, qui prévoit une reprise partielle et à certaines conditions de l'ancienneté acquise chez un autre employeur (voir fiche 2B);
- et avec la CCT n°35 du Conseil National du Travail qui impose d'appliquer l'ancienneté indistinctement du régime de travail.

Si la première étape (prime unique) répondait peu aux objectifs mais était relativement simple à mettre en oeuvre, la deuxième étape (revalorisation) a demandé beaucoup plus de travail aux services pour effectuer tous les calculs de revalorisation (barème et ancienneté).

En outre, le retard des négociations a contraint à appliquer ces revalorisations avec effet rétroactif.

## **2005** - renégociations et moyens substantiels

*Moyens disponibles : 750.000 EUR*

Dans le cadre des renégociations de 2005, le secteur de la Promotion de la Santé à l'Ecole a pu démontrer ses difficultés propres et les besoins qui étaient les siens.

Des moyens substantiels sont alors dégagés, permettant d'avancer effectivement dans la voie de la revalorisation.

À l'issue de cette étape, le secteur a effectivement couvert 95 % au moins de l'écart entre les barèmes 305.02 et les barèmes 305.01. Grâce à la solidarité instituée lors de la 1<sup>ère</sup> phase de revalorisation barémique de 2004, il est en outre possible d'instaurer une prime de fin d'année.

Les moyens supplémentaires dégagés dans le cadre de cette renégociation seront, à l'instar des subsides propres au secteur, affectés au prorata du nombre d'élèves sous tutelle. Pour éviter toute mauvaise surprise, toujours possible compte tenu des informations disponibles et de l'évolution des équipes, une possibilité de dérogation est ouverte devant la commission paritaire. Il s'agit d'éviter qu'un service soit obligé de prendre sur ses subsides de base pour financer l'accord. Un seul service devra y faire appel : il recevra des moyens complémentaires en 2006.

Le choix d'affecter les moyens au prorata du nombre d'élèves sous tutelle a pour effet que certains services disposent de plus de moyens que ce qui est strictement nécessaire pour atteindre le niveau minimum, compte tenu du niveau qu'ils avaient déjà atteint avant les accords. Ces services doivent alors aller plus avant dans les revalorisations en direction de l'objectif barémique, de façon à affecter l'ensemble des moyens reçus aux revalorisations barémiques. Si le niveau final est déjà atteint, le solde doit être affecté à la création d'emploi.

Cette nouvelle étape est particulièrement importante pour le secteur vu les moyens disponibles et le nombre de travailleurs concernés. Les calculs, une nouvelle fois, sont, pour chacun, longs et difficiles, compte tenu entre autres des effets rétroactifs.

### **Les années 2007, 2008 et 2009**

– un nouvel accord et de nouveaux moyens pour la poursuite de la revalorisation

A l'occasion d'une nouvelle négociation entre l'ensemble des secteurs de la compétence de la Communauté française et le Gouvernement, le secteur de la Promotion de la Santé à l'Ecole reçoit comme tout autre des moyens complémentaires pour combler 50 % de l'écart restant entre le niveau barémique atteint au terme de l'année 2005 et les barèmes de la commission paritaire 305.01 – hôpitaux privés actualisés.

Les revalorisations à engranger pour le secteur de la Promotion de la Santé à l'Ecole sont, légitimement, nettement moindres que dans d'autres secteurs vu les efforts déjà consentis.

L'accord sectoriel reporte à juillet 2007 la nouvelle revalorisation, de façon à ce que chaque service ait pu mettre en œuvre de manière récurrente la précédente phase, et justifier l'utilisation des moyens reçus.

Une dernière revalorisation aura lieu au 1<sup>er</sup> janvier 2009.

## • RÉFÉRENCES LÉGALES



- Accord-cadre pour le secteur non-marchand en Communauté française de juin 2000
- Pour la phase 2004 :

Convention collective de travail du 11 juin 2004 conclue au sein de la sous-commission paritaire pour les établissements et services de santé (305.02) et applicable au secteur des services de promotion de la santé à l'école : mise en œuvre de l'accord-cadre 2000-2005 pour le secteur non marchand de la Communauté française Wallonie -Bruxelles

- Pour la phase 2005 :

Convention collective de travail du 14 décembre 2005 conclue au sein de la commission paritaire des services de santé (CP 305) et applicable au secteur des centres d'IMS-services de promotion de la santé à l'école : mise en œuvre de l'accord-cadre 2000-2005 pour le secteur non-marchand de la Communauté française Wallonie-Bruxelles.

Pour des raisons techniques cette CCT n'a pas été rendue obligatoire. Elle lie cependant tous les services PSE affiliés à une fédération signataire de la convention. Le Ministère de la Communauté française vérifie également son application dans la mesure où il finance les revalorisations que prévoit cette CCT.

- Pour les phases 2007-2009 :

Convention collective du 27 septembre 2007 conclue au sein de la commission paritaire pour le secteur francophone et germanophone de l'aide sociale et des soins de santé (CP 332) et applicable au secteur des services de promotion de la santé à l'école : mise en œuvre de l'Accord-cadre 2006-2009 pour le secteur non-marchand de la Communauté française Wallonie-Bruxelles.

CCT rendue obligatoire par arrêté royal du 24/07/2008, M.B., 24/09/2008

## OUTILS, FORMULAIRES ET DOCUMENTS



- Tableau d'évolution barémique (sur demande auprès de la FIMS)